

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

598

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Louis MASSÉ

Né le 23 Février 1912, à MONTIGNY-LA-RESLE (Yonne)

FONCTIONNEMENT
D'UN INSTITUT MODERNE
DE PUÉRICULTURE

Hôpital Lariboisière, année 1937

[Président : M. COUVELAIRE, professeur]

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Louis MASSÉ

Né le 23 Février 1912, à MONTIGNY-LA-RESLE (Yonne)

FONCTIONNEMENT
D'UN INSTITUT MODERNE
DE PUÉRICULTURE

Hôpital Lariboisière, année 1937

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	LEON BINET
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAM.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD
	LAIGNEAU.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel LABBE
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LE NORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Assistance médico-sociale	LAUBRY.
	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
ANELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale
BENARD Henri	GAYET
BERNARD Et.	Physiologie.
BESANÇON (J.)	Pathologie médicale.
BOULIN	Histologie.
BULLIARD	Pathologie médicale.
CATHALA	Oto-rhino-laryngologie
COSTE	Pharmacologie.
CHEVALIER	Anatomie pathologique
DOGNON	Hygiène.
FUNCK	Obstétrique.
BRENTANO ... Pathologie chirurgicale.	LANTUEJOUL.
FEY	Obstétrique.
GAILLARD	Pathologie médicale.
GASTINEL	Parasitologie.
	Bactériologie.
	JOANNON
	LACOMME
	HAZARD
	HUGUENIN
	LELONG
	LAVIER
	LAROCHE Guy.
	Pathologie médicale.
	Parasitologie.
	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHT	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

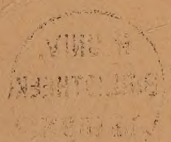
MM	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
FRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MERE

Expression de ma profonde reconnaissance et de toute mon affection.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON PERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Accoucheur de la Maternité Baudelocque

Professeur de Clinique obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.

Hommage respectueux et recon-
naissant.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, et dont l'enseignement
à la fois si brillant et si paternel,
nous initia à l'obstétrique et la pué-
riculture et nous les fit aimer.

En témoignage de notre vive
gratitude, de notre profonde et res-
pectueuse admiration.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES MAITRES DES HOPITAUX :

MONSIEUR LE DOCTEUR LECLERC (Dijon)
MONSIEUR LE DOCTEUR PETITJEAN (Dijon)
MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND
MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE
MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN
MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION
MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN
MONSIEUR LE DOCTEUR REDON

Fonctionnement d'un Institut Moderne de Puériculture

Hôpital Lariboisière, année 1937

INTRODUCTION

De tout temps, on s'est occupé de l'art d'élever les enfants. Aussi bien dans la Grèce antique qu'à Rome, les lois furent nombreuses pour protéger la maternité et les tout petits dans l'intérêt de la chose publique.

Mais on ne s'occupait de ces enfants qu'à partir de la naissance ; la puériculture était post-natale et soumise depuis des siècles aux préjugés soigneusement transmis de générations en générations.

Il faut arriver à la fin du XIX^e siècle pour parvenir à la conception actuelle et moderne de la puériculture. A cette époque, le Professeur PINARD la définit: « la science ayant pour but la recherche, l'étude et l'application de toutes les connaissances relatives à la reproduction, la conservation et l'amélioration de la race humaine ».

Et dans une conférence, pour expliquer clairement ce qu'il faut entendre par puériculture, notre Maître le Docteur DEVRAIGNE use d'une comparaison très

simple. L'horticulteur sélectionne des graines parfaites, choisit un terrain favorable dont il augmentera la fertilité par des engrais, sème en temps propice et protège la semaille contre les intempéries. Une fois la pousse si fragile et si grêle levée, il la défend contre une foule d'ennemis jusqu'au moment où, grâce à cette minutieuse surveillance, il obtiendra une riche récolte.

De même, le puériculteur considère la graine humaine comme la graine végétale.

La puériculture moderne comprendra non seulement la puériculture post-natale simplement pratiquée autrefois, mais encore la puériculture anté et post-conceptionnelle comme elle se trouve réalisée à la Maternité de Lariboisière.

C'est par la lutte contre la misère physiologique, contre les infections et les intoxications, par l'éducation des jeunes filles, par une hygiène scientifique de la gestation, par le dépistage précoce des dystocies, par une surveillance médicale prolongée de la grossesse et de la première enfance que le puériculteur aura les résultats les plus heureux : diminution de la mortinatalité et des naissances prématurées, régression des tares héréditaires, plus grand nombre d'enfants sains et robustes.

Au cours de ce modeste travail, nous aurons en vue l'étude des différents services :

Consultation contre la stérilité ;

Consultation de gynécologie ;

Consultation pour le dépistage et le traitement de
la syphilis ;

Consultation des femmes enceintes ;

Service d'accouchements ;

Consultation des nourrissons ;

Enseignement ;

Service social,

qui concourent au bon fonctionnement d'un Institut
répondant à la conception moderne de la Puéricul-
ture.

CONSULTATION CONTRE LA STERILITE CONJUGALE

La stérilité féminine est un problème bien ardu, à de multiples inconnues étant données ses causes anatomiques, physiologiques et pathologiques.

Un couple sur dix paraît inapte à la procréation. Cette proportion indique tout l'intérêt du problème sans parler de l'importance sociale de la question ; s'y attaquer était le but de notre Maître Monsieur le Docteur DEVRAIGNE quand, en 1925, il eut le premier le mérite d'ouvrir dans son service à Lariboisière la consultation de stérilité.

En effet, à côté des ménages stériles volontaires, il y en avait un très grand nombre de stériles involontaires, qui se désolaient de n'avoir pas d'enfants, d'autant plus qu'on ne s'occupait guère d'eux.

C'est de cette pensée qu'est sortie la Consultation contre la stérilité, complétant ainsi l'Institut de Puériculture.

Comment fonctionne cette Consultation ?

Tous les vendredis matin, Monsieur DEVRAIGNE, aidé par quatre assistants, docteurs en médecine, examine chaque nouvelle consultante ; en fait rédiger l'observation ; fait examiner les prélèvements ; prescrit les

traitements. L'observation de chaque femme comporte un interrogatoire sur les antécédents héréditaires et collatéraux, sur les antécédents pathologiques et physiologiques, un examen médical général et un examen gynécologique complet.

Les mardis, jeudis et samedis après-midi sont mis en œuvre les différents traitements.

Les maris sont aussi examinés.

Les femmes qui semblent relever de la syphilis acquise ou héréditaire sont dirigées vers l'assistant de prophylaxie pour traitement spécifique ; celles qui ont de l'exocervicite légère sont, après diagnostic bactériologique au laboratoire du service, soumises aux ovules et vaccins, et envoyées ensuite à la consultation de gynécologie où on leur fait de l'atomi-sage du col ; celles qui ont de l'endocervicite sont traitées par néofilhos et diathermocoagulation ; celles qui doivent bénéficier du massage gynécologique sont traitées par un assistant spécial. Toutes sont soumises à des traitements opothérapiques variés prolongés et reviennent deux ou trois mois plus tard ; si elles sont en bon état local, elles subissent avec une hospitalisation de deux jours, l'examen de l'appareil génital au lipiodol. Il n'est plus pratiqué d'insufflations brutales et aveugles, et non sans danger. Cette utérosalpingographie doit être faite le cinquième ou le sixième jour après les règles ; une radiographie de contrôle est faite six jours plus tard.

Sont aussi abandonnées les dilatations variées et pénibles aux lamineaires, aux bougies de Hégar. Trop

souvent des femmes avouent avoir subi antérieurement ces manœuvres qui n'ont donné aucun résultat et qui les ont découragées, même quand il n'y a pas eu de complications. De même les stomatoplasties et les amputations du col de SCHRÖEDER faites sans aucun contrôle antérieur de la perméabilité de l'utérus et des trompes, et sans examen préalable du mari sont abandonnées.

Ce n'est qu'après ce contrôle au lipiodol que les opérations jugées nécessaires sont faites dans le service.

D'autres examens sont faits pour la femme: recherche des glaires translucides, dosage de folliculine urinaire et sanguine et de gonadostimulines.

Examen des maris. — Nous pouvons dire qu'il est souvent difficile d'obtenir que les maris se fassent examiner.

Dans le début de la fondation de la consultation, après un rapport normal dans un isolement spécial, un assistant allait chercher le sperme in situ et l'examinait au laboratoire. Si le mari ne voulait pas venir on faisait apporter le sperme, recueilli dans un condom, le plus tôt possible après son émission.

Ces techniques logiques en apparence se sont vite révélées défectueuses; les spermatozoïdes étaient tués en peu de temps, soit par les sécrétions vaginales acides, soit par le froid pendant le transport. D'autre part, l'examen bactériologique du sperme était faussé par la présence de germes vaginaux ou exogènes. Maintenant le sperme émis directement sur

lame de Pétri est examiné immédiatement au laboratoire, et la spermoculture en est toujours pratiquée. Cette technique est capitale. Souvent il arrive de constater des staphylocoques dans les sécrétions cervicales; on peut soigner des mois entiers sans succès la femme si l'on n'a pas fait la spermoculture du mari; en effet, il arrive souvent de trouver des staphylocoques dans le sperme de celui-ci qui a eu de l'acné ou des furoncles antérieurement; il ensemente sa femme innocemment, mais sûrement. Il faut ensuite préciser les facteurs de vitalité du sperme d'après le nombre, la forme, la mobilité et la durée d'existence des spermatozoïdes.

L'examen des maris à sperme déficient est régulièrement effectué: examen de l'urètre, de la prostate, des vésicules, suivi d'urétroscopie et complété par tous examens de laboratoire: examen direct des sécrétions, des filaments et des urines, spermoculture, gonoréaction et intradermoréaction aux polysaccharides gonococciques de GRIMBERG et MUTTERMILCH. Ces deux dernières réactions sont recherchées actuellement chez la plupart des femmes atteintes de cervicite chronique où il est si difficile de déceler la présence du gonocoque.

Les hommes sont ensuite adressés, suivant les cas, aux services spéciaux pour traitement.

Traitements.

L'électrothérapie constitue dans la règle le traitement de choix appliqué aux malades.

Le courant galvanique et faradique sont les plus rarement employés, bien qu'ils conservent encore des indications précises.

Les rayons infra-rouges qu'assez souvent les malades appliquent chez elles, après location d'un émetteur, sont réservés aux salpingites subaiguës, apyretiques, d'abord avant la diathermie, puis en même temps qu'elle.

Les rayons ultra-violets sont employés dans certaines salpingites tuberculeuses ou simplement dans certains hydro-salpinx soupçonnés bacillaires; ils sont également utilisés comme toniques chez les génitales à mauvais état général.

La diathermie est à coup sûr le traitement le plus fréquent, qu'il s'agisse de diathermie chauffante ou simplement excitatrice. La diathermie chauffante est réservée comme toujours aux annexites refroidies avec ou sans adhérences, aux algies pelviennes, au vaginisme avec des succès incontestables. La diathermie excitatrice à très petites doses est employée comme traitement endocrinien: hypophysaire, mammaire, ovarien, thyroïdien. La diathermie hypophysaire et mammaire en applications successives constitue le traitement actuellement le plus employé dans les hémorragies génitales préménopausiques ou autres, en dehors de la grossesse et des tumeurs, certains fibromes exceptés.

La diathermie endocrinienne est, sauf dans les cas d'urgence, précédée de l'établissement chez la malade, après les règles, de l'électro-diagramme de DAUSSET

et FERRIER. Celui-ci est basé sur la fixation à l'aide du spectroréducteur de WALTHER, du temps de réduction des deux raies de l'oxyhémoglobine dans le sang, après arrêt de la circulation à l'aide d'une pince en cœur sur le pli inter-digital avant toute épreuve et après excitation diathermique de chaque région glandulaire. Le temps de réduction étant normalement de 130 à 150 secondes, doit être traitée, par la diathermie ou par l'hormonothérapie en injections, la glande dont l'excitation rapproche sur le diagramme la courbe de la normale.

Cet électrodiagnostic endocrinien, véritable test, est employé depuis 3 ans dans le service avec des résultats intéressants. Ceux-ci sont dans la mesure du possible, confrontés avec d'autres épreuves : dosage de la folliculine recherche de l'angle d'impédance, et même quelquefois avec l'examen anatomopathologique de la muqueuse utérine. Ils ont montré que la plupart des troubles menstruels sont dûs à l'hyperfolliculinémie.

La diathermo-coagulation est couramment employée dans le service ; il est nécessaire de coaguler le canal endocervical dans les endocervites ; les résultats sont particulièrement intéressants, mais il existe encore certains cas d'endocervites sévères où il est utile d'allier à la diathermocoagulation une ou deux applications de Fihlos. Ces coagulations ne sont jamais suivies d'atrésie quand elles sont bien faites : toutes les malades qui, ayant été coagulées, ont ac-

couché dans le service, n'ont jamais présenté jusqu'alors de dystocie.

L'émanothérapie est employée le plus souvent chez les algiques en lavements appliqués par les malades elles-mêmes, en pulvérisations dans certaines vaginites et en injections in loco au niveau des releveurs dans le vaginisme.

La kinésithérapie est employée dans les cellulites ; le service est assuré par une masseuse attitrée.

Les différents traitements arrivent à donner 20 % de succès. S'ils semblent encore modestes, ils n'en sont pas moins encourageants.

Les nombreuses consultantes (en l'année 1937, 455 femmes nouvelles sont venues consulter) prouvent le grand intérêt de la question. N'est-ce pas quelque chose pour des médecins qui, s'ils ne guérissent pas toujours les infortunes pour lesquelles ils sont consultés, doivent toujours rester avant tout des consolateurs, des dispensateurs d'espoirs ! De toutes les régions de France, ces femmes viennent spontanément ou envoyées par leur médecin, assoiffées de maternité, à une époque où la dénatalité menace le pays, c'est bien faire œuvre utile que de donner à ces ménages la faculté d'avoir des enfants et de ne pas les décourager par la formule trop facile : « Vous n'aurez jamais d'enfants ».

Il n'est possible de s'incliner que devant les cas de stérilité dûment constatés d'impuissance du mari,

ou devant la constatation d'imperméabilité absolue des voies génitales au-dessus des ressources de la chirurgie. Des statistiques, il résulte qu'il y a 12 % d'azoospermies, 4 % d'oligospermies, avec conservation de qualité, 14 % de déficience de qualité: donc 30 % d'insuffisance maritale.

Il est donc dans l'Institut de Puériculture de Lari-boisière une consultation qui est pleine d'intérêt, qui est une bonne arme contre la dénatalité et une œuvre hautement morale aidant à créer des familles et à récupérer des naissances. C'est une branche de la puériculture antéconceptionnelle.

Statistique

Consultantes nouvelles	544
Lipiodol	125
Succès	20 %

CONSULTATION DE GYNECOLOGIE

Les consultantes sont surtout des femmes qui sont venues accoucher dans le service et qui reviennent pour les incidents et affections qui leur arrivent dans la suite. C'est dans ce service que se font les différents traitements jugés nécessaires chez les femmes stériles. Les salpingites, métrites, endocervicites et exocervicites sont ensuite traitées par atomisage du col, véritable fumigation avec des antiseptiques variés.

Il est à remarquer que souvent les femmes atteintes de grossesse extra-utérine ne venaient pas consulter parce qu'enceintes, mais parce qu'elles souffraient du ventre.

La diathermocoagulation y est aussi pratiquée ; les réactions biologiques de la grossesse y sont faites et donnent très souvent des diagnostics précoces de la grossesse ou les diagnostics différentiels de grossesse ectopique ou môle hydatiforme ou de chorioépithéliome.

Cette consultation évite donc beaucoup de dystocies ; de plus, elle rend grand service aux femmes qui accoucheront ou qui ont accouché dans le service où elles seront ou sont déjà suivies.

CONSULTATION DE DEPISTAGE ET DE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Dès 1919, Monsieur le Professeur COUVELAIRE eut le premier l'idée féconde d'ouvrir à la Clinique Baudelocque un dispensaire de prophylaxie pour soigner les maladies héréditaires. Depuis, l'adjonction systématique d'un dispensaire antisyphilitique à une maternité a été d'un très heureux effet.

L'accoucheur est bien actuellement de tous les spécialistes le mieux placé pour dépister la syphilis héréditaire. Il voit les femmes pendant leur grossesse, leur accouchement, où il a le renseignement précieux du poids du placenta, pendant les suites de couches, où il suit le nourrisson, et par la suite il revoit la mère et l'enfant à la consultation des nourrissons. Il étaye donc son diagnostic dans un espace de temps considérable ; son champ de recherche est « cinématique et non statique ».

Les consultations ont lieu trois fois par semaine. Les consultantes sont des femmes seules ou accompagnées de leur enfant, et qui viennent soit de la consultation des femmes enceintes, soit de celle des nourrissons, soit encore de celle de la stérilité. Ce sont également des femmes qui ont accouché dans le service. Elles

viennent donc avec un diagnostic de présomption et d'attente, qui devra être vérifié et confirmé.

Ainsi par l'examen obstétrical l'accoucheur est renseigné sur un léger degré d'hydramnios ; par l'interrogatoire de la femme, sur le nombre et l'âge de l'interruption de grossesses antérieures, qui est un fait important à faire préciser ; puis sur l'état du fœtus expulsé, vivant, mort, et surtout mort et macéré ; sur les différentes grossesses menées à terme ; si la femme a perdu des enfants en état de dénutrition dans les premiers jours de la vie, malgré une hygiène suffisante. Après l'accouchement, l'accoucheur aura dans certains cas presque une certitude si jusqu'alors il n'avait que des présomptions ; la grossesse gémellaire univitelline souvent avec hydramnios, les caractères constatés au niveau du placenta, qui est plus épais, plus friable, à face utérine pâle et semblant œdématisée, dont la section laisse écouler un liquide rosé, de plus le rapport fœto-placentaire plus grand que un cinquième, sont autant de signes qui mettent sur la voie du diagnostic. D'où la grande importance de l'examen complet du placenta.

Le nouveau-né est examiné minutieusement, et la constatation d'un développement anormal de l'abdomen, de pemphigus palmo-plantaire, de malformations : spina bifida, bec de lièvre, pieds bots congénitaux, d'une spléno-hépatomégalie, d'une hydrocéphalie, d'une déformation thoracique, fera diriger la mère et l'enfant sur la consultation du dispensaire antisypilitique.

Pour le médecin, il lui faudra préciser s'il s'agit d'une syphilis héréditaire ou acquise ; l'examen du mari est alors proposé. Rarement nous constatons des chancres, des roséoles, des syphilides, mais souvent nous ne relatons qu'un seul et léger signe nerveux : céphalée, ou troubles oculaires et des réflexes qui rappellent une syphilis acquise. Les adénopathies sont très fréquentes : ganglions cervicaux antérieurs et postérieurs, ganglions épitrochléens. D'office pour toute malade envoyée par l'accoucheur à la consultation on fait une prise de sang pour les réactions de Bordet-Wassermann, qui négative ne doit pas faire rejeter le diagnostic de syphilis pas plus que l'absence d'un seul symptôme, mais qui positive acquiert une valeur absolue.

Quant au dépistage de la syphilis héréditaire, souvent l'examen superficiel montrera un ensemble de signes de probabilité importants, par exemple des lésions oculaires datant de l'enfance, des malformations évidentes, une perforation du voile du palais, des malformations dentaires, des lésions du crâne (front olympien ou front à bosselures latérales), nez en selle ou en lorgnette, absence d'appendice xyphoïde, des cardiopathies relevant de l'enfance.

Pour éviter ces désastres, il est indispensable de traiter les parents et les enfants qui présentent ces signes. C'est la prophylaxie de la syphilis héréditaire.

Aussi le service remplit ici son rôle ; en 1937, nous relevons la statistique suivante :

Nombre total des consultations données, traitement compris	10.539
Personnes indemnes de syphilis.....	77
Personnes reconnues atteintes de syphilis:	
Héréditaire femmes	18
nourrissons	58
enfants de plus de 2 ans	36
Primaire femme	1
Secondaire femmes	2
Ancienne sans accidents —	13
Ignorée avec acc. obstétricaux.. —	76
Personnes continuant le traitement femmes	1.317
nourrissons	1.009
enfants	137
Nombre d'injections	5.306
dont : arsénobenzènes	1.503
sels de bismuth	3.240
préparations mercurielles	563
Pansements et applications thérapeutiques...	326
Examens sérologiques positifs	63
— — négatifs	339

CONSULTATION DES FEMMES ENCEINTES

Ces consultations ont pour but de lutter contre la mortalité infantile par la protection de l'enfant pendant la période de la gestation.

Les consultations sont gratuites et permanentes. Les femmes y sont examinées avec délicatesse, douceur et conscience. Il leur est conseillé d'y venir une fois par mois pendant les sept premiers mois, deux fois pendant le huitième mois et chaque semaine le neuvième mois.

Systématiquement l'analyse d'urine est faite à chaque fois à l'arrivée. Beaucoup de consultantes ne présentent aucun symptôme de maladies. De là il ne faudrait pas croire que la consultation est inutile pour ces femmes. Il leur est donné les conseils dont elles ont besoin pour leur bonne santé et pour celle de leur enfant, des petites leçons d'éducation maternelle dont à l'heure actuelle le besoin se fait tant sentir. En particulier il leur est recommandé avec une insistance inlassable et qui porte ses fruits de nourrir leur enfant au sein. Bien des mères qui avaient perdu leurs premiers enfants nourris au biberon sont sorties de la consultation convaincues que pour élever leur enfant il faudrait le nourrir au sein, et bien

résolues à le faire, tellement il leur a été dit que « le lait de la mère appartient à l'enfant » (PINARD).

Mais toutes les femmes qui sont venues consulter n'avaient pas, il s'en faut de beaucoup, une grossesse normale.

Au début de la grossesse l'examen a surtout permis, d'abord de diagnostiquer la grossesse extra-utérine et de l'opérer, puis de dépister la syphilis et de lui opposer un traitement intensif; enfin de reconnaître la tuberculose, de faire profiter la femme qui en est atteinte des œuvres antituberculeuses, de lui montrer le danger de la contagion et d'y remédier.

Dans la seconde moitié de la grossesse la femme a été examinée en vue d'éviter le risque d'une crise d'éclampsie par le contrôle des urines, des œdèmes, de la tension artérielle et des petits signes d'éclampsisme. Puis par un palper méthodique la position de l'enfant a été vérifiée et la version tentée chaque fois que la présentation n'était pas une présentation céphalique. En effet ces présentations vicieuses sont des sources de désastres lors de la naissance lorsqu'elles sont ignorées.

Par un toucher les bassins viciés sont dépistés et soigneusement étudiés, pour éviter la dystocie.

La consultation a donc permis d'établir le pronostic de l'accouchement et de placer les femmes pour lesquelles une dystocie est à craindre dans la clinique aménagée pour toute intervention nécessaire à l'état de la mère ou de l'enfant, ou à l'isolement si elles

relèvent d'affections dont on craint la contagion. Ce service comprenant vingt lits.

Les consultations se donnent dans des locaux des mieux organisés et les futures mères viennent y consulter agréablement.

Mais il reste bien évident qu'on ne peut accorder le bénéfice des consultations gratuites qu'à des femmes qui peuvent tout aussi bien payer le médecin quand elles en ont besoin, que s'offrir des distractions plus ou moins nécessaires.

En 1937 nous avons enregistré 10.297 consultations données à 2.925 femmes.

SERVICE D'ACCOUCHEMENTS

Nous donnerons pour ce service une statistique générale de l'année 1937 comparée à celle de l'année 1933 et nous verrons ensuite dans les détails les différents modes d'accouchements, les faits particuliers et les interventions pratiquées devant les dystocies — les suites de couches — la pathologie du nouveau-né.

STATISTIQUE GÉNÉRALE

	1933	1937
Femmes reçues	2.614	3.201
Avortements	155	141
Accouchements par les voies naturel- les (dont 31 gemellaires).....	2.436	3.032
Opérations césariennes.....	25	28
Mortalité maternelle	20	5
Mortalité infantile et mortinatalité...	187	176
Enfants sortis vivants	2.301	2.921

I. — AVORTEMENTS

L'avortement a eu lieu entre 6 semaines et 3 mois dans 17 cas, dans lesquels il se fit :

1 fois en 1 temps (Obs. 1001), 16 fois en 2 temps (Obs. 65, 125, 471 bis, 504 bis, 550, 769 bis, 834 bis, 855, 897, 1120 bis, 1608 bis, 1967, 2522, 2610 bis, 2946 bis, 3101 bis).

L'avortement a été thérapeutique et provoqué 7 fois (Obs. 125, tuberculose pulmonaire; 504 bis, pyélonéphrite; 550, 2946 bis, et 3101 bis, tuberculose pulmonaire; 897, rétrécissement mitral; 1967 bis, cyphose et rachitisme).

1 fois la grossesse était gémellaire.

Dans 4 cas on a fait un curettage (471 bis, 550, 578 bis, 1052 ter).

Dans 2 cas, curage digital suivi de curettage (Obs. 855, 2522).

Dans 4 cas curage digital (Obs. 504 bis, 1001, 1608 bis, 1610 bis).

L'avortement a eu lieu entre 3 et 4 mois dans 41 cas: 5 fois en 1 temps (Obs. 38, 1194, 1273, 2727, 3167) et 36 fois en 2 temps (Obs. 53 bis, 124, 174, 178, 192 bis, 245, 334, 363 bis, 439 bis, 443, 458 bis, 529 bis, 640, 704, 768, 942, 956 bis, 1052 bis, 1268 bis, 1276 bis, 1698, 2044, 2078 bis, 2122, 2340, 2515, 2570, 2723 bis, 2786 bis, 2789 bis, 2884 bis, 2921, 2955, 2992, 3027, 3185 bis).

5 fois on a fait un curage (Obs. 178, 192 bis, 458 bis, 956, 2122).

L'avortement a eu lieu après 4 mois 79 fois; 4 fois il a eu lieu en 1 temps (Obs. 388, 889 bis, 2113 bis, 2661); 75 fois en 2 temps (Obs. 27, 83 bis, 93, 145, 182, 190 bis, 325 bis, 351 bis, 437, 439, 442, 480 bis, 573 bis,

694, 735, 746 bis, 559, 791, 813, 900, 913, 914, 919, 944, 962, 1080, 1100 bis, 1109, 1145, 1148, 1174, 1192, 1196, 1228, 1274, 1282, 1344, 1347 bis, 1392, 1444, 1495, 1556, 1627, 1655 bis, 1678, 1828, 1854, 1861, 1865, 1929, 1958 bis, 1982, 2111, 2185, 2276, 2332 bis, 2365, 2383, 2418 bis, 2428, 2465, 2465 ter, 2476, 2499, 2647, 2672, 2741, 2852, 2873 bis, 2947, 3039, 3049, 3121, 3155, 3188 bis).

1 fois on a fait un curettage (Obs. 900), 7 fois on a fait un curage digital (Obs. 910, 914, 919 bis, 962, 1080, 1495, 1627).

L'avortement a été thérapeutique et provoqué dans 5 cas (Obs. 112, colibacillose; 910, rétention fœtale; 2666 bis, hypertension et néphrite; 2496, néphrite gravidique; 3103 bis, éclampsie).

8 grossesses étaient gémellaires (Obs. 694, 1145, 1174, 1864, 2185 ter, 2661, 2672, 3121 bis).

On relève comme causes évidentes:

4 fois la syphilis certaine (Obs. 325 bis, 1128, 1274 bis, 2449).

2 fois la pyélonéphrite (Obs. 1865, 2365).

3 fois grossesse molaire (Obs. 145, 914, 1196).

2 fois placenta prævia (Obs. 900, 2111).

1 fois hydramnios aigu (Obs. 1174).

1 fois diabète (Obs. 1100).

2 fois hypertension (Obs. 2465 ter, 2947).

II. — RETENTION DU FŒTUS MORT

Obs. 85 bis, 209, 384, 457, 704 bis, 714, 834, 894, 919 bis, 954, 1052, 1079 bis, 1267, 1342, 1344, 1583, 1678, 1773, 1829 bis, 1846, 1853, 1856, 1938, 1957, 2060, 2153, 2261, 2266 bis, 2289, 2477, 2544, 2556, 2597, 2784, 3099 bis, 3102, 3131, 3160.

On relève comme cause :

8 fois la syphilis certaine (Obs. 1052, 1267, 1342, 1583, 1678, 1773, 2289, 3160).

4 fois l'albuminurie (Obs. 457, 954, 2556, 1856).

III. — ACCOUCHEMENTS

Présentations en général

	1933	1937
Sommet	2.224	2.925
Face	11	9
Front	0	3
Siège	117	80
Epaule	15	4

A. — Présentations du sommet

B. — Présentations du front

3 OBSERVATIONS

Obs. 58: application de forceps Tarnier sur front en transverse à la partie haute de l'excavation; extrac-

tion impossible; version par manœuvres internes, grande extraction du siège, enfant pesant 3.700 gr, n'ayant pu être ranimé. Délivrance naturelle et complète. L'exploration de la cavité utérine fait sentir une rupture du segment inférieur dans sa partie inférieure droite; malade non choquée; hystérectomie abdominale; transfusion.

Obs. 691: Forceps Tarnier sur présentation du front à la vulve. Dégagement en OP. Garçon en état de mort apparente, forme blanche, ranimé après un quart d'heure de soins.

Obs. 1554: Applications de forceps Tarnier sur présentation du front; accouchement normal.

Mortalité fœtale: 1 cas (Obs. 58).

C. — Présentation de la face

9 OBSERVATIONS

(Obs. 1342, 1667, 1842, 1969, 2061, 2504, 2630, 2687, 2844.)

Dans 1 cas il s'agit d'un enfant mort-né et macéré, au terme de 8 mois 1/2, pesant 2520 gr., présentant de l'ascite et une hépatomégalie (Obs. 1342).

Dans 2 cas, accouchements prématurés au terme de 8 mois 1/2. Garçon vivant, pesant 2.990 gr. (Obs. 1969); fille vivante, pesant 2.850 gr. (Obs. 2504), de mère bacillaire.

Dans 1 cas on fait une application de forceps pour lenteur de la période d'expulsion (Obs. 2061).

Dans 1 cas, accouchement prématuré au terme de 7 mois 1/2. Garçon vivant pesant 1970 gr. (Obs. 2687).
Mortalité foétale, 1 cas (Obs. 1342).

D. — Présentation du siège

80 OBSERVATIONS

(Obs. 21, 149, 175, 205, 209, 230, 342, 377, 401, 414, 422, 496, 574, 584, 589, 621, 638, 685, 729, 776, 799, 814, 824, 902, 930, 934, 969, 1132, 1144, 1183, 1192, 1234, 1245, 1256, 1392, 1397, 1463, 1493, 1499, 1514, 1515, 1706, 1778, 1844, 2004, 2108, 2159, 2182, 2262, 2277, 2288, 2289, 2307, 2313, 2326, 2337, 2360, 2364, 2385, 2437, 2493, 2511, 2532, 2567, 2574, 2638, 2683, 2694, 2706, 2771, 2793, 2830, 2847, 2950, 3003, 3010, 3026, 3072, 3158, 3160.)

32 primipares, 48 multipares; 45 sièges décomplétés mode des fesses.

On relève comme cause: 5 cas de grossesses gémellaires; dans 4 cas le 2^e jumeau se présentait par le siège (Obs. 934, 1844, 2307, 2337) et dans 1 cas par les pieds (Obs. 2847).

Dans 2 cas (Obs. 2004, 3158), bassin généralement rétréci; 1 fois l'accouchement a été compliqué par la procidence du cordon (Obs. 824). On a recouru à la grande extraction 4 fois (Obs. 342, 496, 2360, 2847).

Grande extraction (Obs. 342) chez une multipare au terme de 8 mois 1/2; la manœuvre de Champetier de Ribes est facile, le Mauriceau difficile. Hémorragie.

artificielle. Nouvelle hémorragie 2 heures après. Révision utérine. Hypophyse. Transfusion.

Grande extraction artificielle du siège (Obs. 2360), à dilatation complète depuis 3 heures; utérus tétanisé, contractions subintrantes, modification des bruits du cœur; extraction facile des membres inférieurs et du tronc; le bras postérieur relevé est facilement abaissé, mais la tête est retenue dernière au détroit supérieur; manœuvre de Champetier de Ribes impossible; basiotripsie difficile.

Grande extraction du siège (Obs. 2847) pour présentation des deux pieds; mains et tête au-dessus du col à dilatation, petite paume. Application de forceps Tarnier sur la tête dernière en oblique; dégagement en OP. Garçon ranimé après 20 minutes de soins, et pesant 3.000 gr. Délivrance artificielle immédiate.

L'opération césarienne a été pratiquée une fois (Obs. 1615) pour siège et bassin limite.

Mortalité fœtale, 7 cas, y comprises les rétentions du fœtus mort.

E. — Présentation de l'épaule

4 OBSERVATIONS

Obs. 121: Présentation dorso-antérieure de l'épaule gauche. A 3 heures, hémorragie brusque abondante, sans douleurs; col dilatable à 2 francs; poche des eaux intacte. Essai de version par manœuvres externes, sans résultats. Premières douleurs à 7 heures. Mor-

phine. A 8 h. 30 les douleurs sont subintrantes; coude dans le vagin; procidence du cordon, dilatation complète; utérus non rétracté; bruits du cœur imperceptibles; version par manœuvres internes sous anesthésie générale. Extraction d'un garçon qui n'a pu être ranimé, pesant 3850 gr. Délivrance artificielle.

Obs. 248: Césarienne pour présentation de l'épaule. Malformation utérine (éperon) et bassin légèrement rétréci. Incision du segment inférieur se prolongeant sur le corps de l'utérus mais restant dans la zone de décollement facile. Garçon vivant pesant 2.840 gr.

Obs. 645: Présentation de l'épaule gauche, dorso-antérieure, dilatation complète, membranes intactes; rupture artificielle de la poche des eaux, gros excès de liquide, version par manœuvres internes très facile, l'extraction de la tête dernière est pénible; garçon vivant pesant 2.320 gr., hydrocéphale, décédé 30 minutes après la naissance. Délivrance artificielle immédiate.

Obs. 1697: Version par manœuvres internes sur épaule droite en position dorso-antérieure; membranes rompues à dilatation complète; morphine. Extraction d'un garçon mort-né, pesant 3.750 gr. Délivrance artificielle.

Mortalité fœtale: 3 cas.

Accouchements gémellaires

36 CAS EN 1933, 31 EN 1937

Gestations monochoriales: 11 cas (Obs. 445, 545, 559, 622, 1211, 2325, 2337, 2463, 2961, 3005, 3075).

Ces 11 cas ont donné une mortalité fœtale: pour les 2 jumeaux; mortalité nulle, pour 1 des jumeaux: 1 cas (Obs. 2337, anencéphale). Accouchements prématurés: 7 cas.

Gestations bichoriales: 20 cas (Obs. 208, 264, 273, 339, 415, 634, 894, 934, 1158, 1159, 1219, 1244, 1394, 2028, 2137, 2307, 2714, 2804, 2847, 3076).

Mortalité fœtale pour les 2 jumeaux: 1 cas (Obs. 1394).

Mortalité fœtale pour 1 des jumeaux: 5 cas (Obs. 894, 1159, 1244, 2307, 3076).

Accouchements prématurés: 11 cas.

Dans l'ensemble les présentations ont été: pour le premier jumeau, 25 sommets, 5 sièges; pour le deuxième jumeau, 19 sommets, 11 sièges.

Dans 20 cas l'accouchement a été spontané pour les deux jumeaux; dans 11 cas l'accouchement a été artificiel.

Obs. 273: Forceps, sommet à la vulve, sur le premier jumeau, pour modification des bruits du cœur. Forceps sur le deuxième jumeau pour souffrance fœtale après inertie utérine. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.

Obs. 415: Forceps sur sommet au D.S. pour non engagement.

Obs. 545: Forceps sur le premier jumeau pour modification des bruits du cœur.

Obs. 1159: Version mixte très difficile sur le deuxième jumeau pour modification des bruits du cœur. Enfant n'ayant pu être ranimé.

Obs. 1211: Forceps sur le premier jumeau.

Obs. 1219: Version par manœuvres internes pour présentation transverse du deuxième jumeau.

Obs. 1244: Forceps sur le premier jumeau, pour bruits du cœur non perçus. Enfant n'ayant pu être ranimé. Procidence du cordon. Forceps sur le deuxième jumeau, enfant vivant.

Obs. 2307: Forceps sur le premier jumeau pour modification des bruits du cœur. Présentation transverse du deuxième jumeau. Manœuvres internes. Tête retenue dernière par le col. Enfant mort.

Obs. 2463: Forceps sur 2 sommets pour souffrance fœtale.

Obs. 2847: Grande extraction du siège sur le deuxième jumeau pour présentation des deux pieds. une main et la tête au-dessus du col à dilatation petite paume. Application de forceps sur tête dernière en oblique. Garçon vivant, pesant 3.000 gr.

Obs. 2961: Après sortie du premier jumeau, inertie utérine; après injection d'hypophyse les contractions reviennent faiblement. Application de forceps pour modification des bruits du cœur et faiblesse des contractions utérines.

IV. — COMPLICATIONS DE LA GESTATION

A. — Anomalies des organes génitaux.

1. MALFORMATIONS UTÉRINES ET VAGINALES

Obs. 248: Césarienne pour malformation utérine: épéron et bassin généralement rétréci.

Obs. 897: Avortement thérapeutique pour cardiopathie. Curettage sous anesthésie au chloroforme. Utérus didelphe très antéversé.

Obs. 2233 : Accouchement naturel au terme de 6 mois, garçon vivant pesant 1.030 gr. Délivrance artificielle pour non décollement du placenta. Utérus didelphe, cloison vaginale verticale.

Laparotomie pour kyste de l'ovaire droit. En fait il s'agit d'un utérus double: le droit gravide, le gauche n'ayant pas subi l'hypertrophie gravidique.

2. FIBROMES DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Obs. 2099: II^e geste, âgée de 40 ans. Un avortement au terme de 3 mois à l'âge de 18 ans; accouchement normal à terme; délivrance artificielle pour hémorragie.

Obs. 2100. Utérus fibromateux. accouchement normal.

Obs. 2153: Myomectomie sur grossesse de 6 mois; accouchement au terme de 7 mois 1/2; fille macérée.

Obs. 2312: Césarienne pour fibrome prævia postéro-latéral, avant tout début de travail. Hystérotomie segmentaire remontant sur le corps utérin. Une myomectomie du fibrome gros comme le poing est jugée impossible. Hystérectomie subtotale.

Obs. 2534: Utérus fibromateux. Menace d'accouchement prématuré à 7 mois. Accouchement normal. D.A. pour hémorragie.

3. KYSTE DE L'OVAIRE

Obs. 1655 bis: Avortement en 2 temps au terme de 5 mois environ fait 24 heures après l'ablation d'un kyste de l'ovaire gauche.

B. — Anomalies de l'œuf

1. GROS ŒUF

Obs. 2835: VIII^e pare, 5 forceps, enfants bien portants; 1 siège, enfant mort-né, 1 accouchement normal, enfant bien portant. Crise d'éclampsie au 1^{er} mois de la grossesse. Femme cyanosée; T.A.: 18-11; pouls: 120; saignée. Excès de liquide, présentation élevée, œdème sus-pubien. Version podalique; extraction du siège et des épaules très difficile; abaissement du bras; tête dernière retenue au D. S.; engagement impossible. Basiotripsie et extraction pénible de la tête. Fille pesant 5.600 gr. Déchirure du col à gauche. Le S.I. paraît intact. D.A. un quart d'heure après. Tamponnement dans le S.I. seulement, ergotine, ouabaïne, 20 cc. d'huile camphrée, caféine, 500 cc. sérum glucosé.

Obs. 3123: III^e geste, II^e pare; après efforts d'expulsion, rupture artificielle de la poche des eaux, liquide teinté, application de forceps sur sommet pour modification des bruits du cœur. Deux circulaires très serrés autour du cou. Extraction d'une fille pesant 5.240 gr., n'ayant pu être ranimée.

2. HYDRAMNIOS

20 OBSERVATIONS EN 1937; 32 EN 1936

(Obs. 181, 493, 499, 522, 645, 915, 1079 bis, 1093, 1158, 1174, 1583, 2330, 2466, 2860, 2918, 3009, 3076, 3081, 3108, 3164.)

L'origine syphilitique est certaine dans 5 cas: Obs. 493, 915, 1583, 2330, 2466.

Obs. 181: Grosse disproportion fœtoplacentaire, dégénérescence molaire partielle.

Obs. 645: Gros hydramnios, hydrocéphale.

Obs. 1079 bis. Enfant mort et macéré présentant un étranglement du cordon à la gaine.

Obs. 1158: Gémellaire.

Obs. 1174: Avortement gémellaire, 4 mois 1/2, grossesse univitelline biamniotique. Hydramnios aigu.

Obs. 2860 et 2164: Albuminurie.

Obs. 3076: Fœtus compressus, brièveté du cordon, 2^e jumeau vivant.

Mortalité infantile: 5 cas.

3. INSERTIONS VICIEUSES DU PLACENTA

13 OBSERVATIONS

Insertion basse du placenta.

Obs. 357: Insertion basse. Hémorragie pendant les 5 derniers mois. Accouchement normal à terme.

Obs. 1152: Insertion marginale. Accouchement normal à terme.

Obs. 1906 : Hémorragie par placenta centro-partiel.

disparition des bruits du cœur fœtal. Début de travail, dilatation 2 francs. Pose d'un ballon de Champetier. Grosse hémorragie à l'expulsion. Dilatation petite paume. Fille mort-née. D.A.

Obs. 2005: Accouchement normal à terme, caduque métritique.

Placenta prævia.

Obs. 197: Grossesse à terme. Hémorragie abondante dans la nuit précédente; col sans dilatation; rupture des membranes sous anesthésie; nouvelles hémorragies. Césarienne, suivie d'hystérectomie. Garçon né étonné, ranimé.

Obs. 502: II geste; hémorragies peu abondantes, mais durant depuis la veille. Pose d'un ballon. L'enfant se présente par l'épaule. Version par manœuvres internes. Grande extraction du siège. Garçon mort-né. Hémorragie. D.A. Tamponnement. Transfusion, sérum; on décide l'hystérectomie. La femme meurt.

Obs. 900: Avortement de 4 mois. La femme perd du sang; dilatation; ballon; extraction du fœtus et du placenta.

Obs. 1095: Césarienne vaginale pour placenta prævia.

Obs. 1315: Pose d'un ballon après ouverture de l'œuf pour placenta prævia. Fille morte.

Obs. 1371: Version par manœuvres internes pour placenta prævia (variété recouvrante); hémorragie importante, dilatation presque complète. Procidence du cordon. Extraction lente et difficile d'un garçon mort pesant 3.700 gr.

Obs. 1509: Césarienne supra-symphysaire pour placenta prævia.

Obs. 2025: Césarienne vaginale pour placenta prævia avec hémorragie abondante. Forceps au D.S. Fille vivante. Transfusion, hémorragie. Tamponnement. Hystérectomie.

Obs. 2428: Forceps pour hémorragie abondante due à un placenta prævia. Fille mort-née.

Mortalité infantile: 5 cas: Obs. 502, 1315, 1371, 1906, 2428.

Avortement dans 1 cas: Obs. 900.

L'opération césarienne a été pratiquée dans 4 cas

Deux applications de forceps: Obs. 2025, 2428.

C. — Etats pathologiques gravidiques

1. ALBUMINURIE DE LA GESTATION

(30 OBSERVATIONS)

(Obs. 457, 551, 634, 1207, 1269, 1272, 1776, 1959, 2010, 2014, 2198, 2205, 2213, 2219, 2257, 2337, 2556, 2734, 2789, 2792, 2821, 2853, 2860, 2867, 2912, 3025, 3032, 3105, 3164, 3167 bis.

Outre l'albumine on a constaté 6 fois une hypertension de plus de 16 cm. de mercure avec l'appareil de Vaquez (Obs. 1207, 2556, 2792, 3032, 3105, 3167 bis); une fois de l'œdème sus-pubien (Obs. 2860); 2 fois de l'œdème périphérique (Obs. 2867, 3032); une fois un placenta présentant des infarctus blancs.

Accouchements prématurés: 7 cas (Obs. 1207, 2256, 2789, 2821, 2853, 3164, 3167 bis).

2 cas d'hypertension avec rétinite (Obs. 2014, 3105).

Obs. 2014: III pare, accouchement provoqué au terme de 8 mois 1/2 pour albuminurie ayant causé un œdème rétinien dans les deux régions oculaires et l'apparition d'exsudats.

Obs. 3105: III pare, accouchement provoqué à terme chez une femme présentant de l'albumine dans ses urines, une hypertension à 23-15, ayant des symptômes prééclampsiques: céphalée, barre épigastrique, œdème de la face et des doigts. L'examen du fond d'œil révèle des hémorragies de la rétine. Pose d'un ballon dilatateur. Accouchement normal.

Mortalité maternelle: 1 cas (Obs. 634) chez une gemellaire.

Mortalité infantile: 1 cas (Obs. 2556).

Hydramnios: 1 cas (Obs. 2860).

Mère syphilitique: 1 cas (Obs. 457).

2. ECLAMPSIE

Obs. 954: Avortement au terme de 5 mois 1/2 environ. Garçon mort et macéré. La femme ayant présenté sept jours auparavant une crise d'éclampsie et étant restée deux jours dans le coma.

Obs. 1120 bis: Femme arrivant dans le coma; avortement au terme de 2 mois 1/2.

Obs. 1589 bis: Accouchement naturel au terme de 8 mois chez une éclampsique; enfant mort-né.

Obs. 1856: I pare. T.A.: 21-5. Albumine: 1 gr. 5;

crise d'éclampsie huit jours auparavant, deux saignées, céphalée intense et tenace, rétinite albuminurique, baisse considérable de la vue. Pose de lamineaires. Accouchement au terme de 7 mois 1/2. Expulsion d'un fœtus mort et macéré.

Obs. 1863: I pare, deux crises d'éclampsie pendant le travail; dilatation presque complète; T.A.: 16 1/2-7 1/2; application de forceps sur sommet en O.I.G.A. dans l'excavation. Extraction d'un enfant vivant. D.A. pour hémorragie.

Obs. 3103 bis: VI pare. Avortement thérapeutique chez une femme présentant des symptômes pré-éclamptiques au terme de 4 mois 1/2 environ. Albuminurie massive, barre épigastrique; T.A.: 26-16 à l'arrivée, rétinite. Expulsion d'un fœtus éviscéré. Délivrance artificielle pour non décollement de l'arrière-faix. Révision utérine.

D. — Etats pathologiques généraux

1. SYPHILIS

EN 1937: 40 OBSERVATIONS; EN 1936: 50

(Obs. 17, 38, 201, 457, 485, 493, 503, 504, 512, 542, 876, 915, 992, 1052, 1136, 1228, 1243, 1262, 1275, 1530, 1583, 1603, 1690, 1864, 1886, 2039, 2196, 2220, 2289, 2416, 2449, 2471, 2500, 2524, 2582, 2910, 2992, 3010, 3047, 3050.)

Sur 39 cas traités l'accouchement a été normal 33 fois.

5 enfants mort-nés (Obs. 457, 915, 1052, 2220, 2289).

1 avortement à 4 mois 1/2 (Obs. 1228).

2. CARDIOPATHIES

15 OBSERVATIONS

Rétrécissement mitral: 4 cas.

Obs. 537: Forceps Tarnier.

Obs. 897: Avortement thérapeutique au terme de 6 semaines pour R.M. non compensé.

Obs. 1665: Application de forceps pour irrégularité des B.D.C. du fœtus et insuffisance cardiaque chez la mère. Fille vivante pesant 2.980 gr. D.A. Compression abdominale.

Obs. 2544: Accouchement normal à terme chez une femme atteinte de R.M.; T.A.: 19-10. Gargon mort et macéré.

Insuffisance mitrale: 4 cas.

Obs. 1445: Application de forceps dans la partie basse de l'excavation pour I.M.; enfant vivant.

Obs. 1557, 1885: Accouchements normaux.

Obs. 2880: Accouchement près du terme.

Maladie mitrale.

Obs. 309: Application de forceps sur sommet en O.P. à la vulve chez une cardiaque présentant une insuffisance aortique et une maladie mitrale. Extraction d'une fille vivante pesant 3150 gr. Délivrance naturelle.

Autres cardiopathies.

Obs. 33: Forceps chez une cardiaque de 34 ans. Garçon vivant pesant 2.820 gr. Délivrance naturelle.

Obs. 86: Accouchement prématuré au terme de 8 mois chez une femme présentant une insuffisance aortique et mitrale. Fille vivante.

Obs. 215: Accouchement chez une cardiaque de 32 ans, IV pare. Fille vivante pesant 3.240 gr.

Obs. 2039: Accouchement normal chez une femme hypertendue, cardiaque et syphilitique traitée.

Obs. 2443: Femme tuberculeuse et cardiaque. Accouchement normal.

Obs. 2998: Accouchement prématuré au terme de 7 mois 1/2. Forceps sur sommet en O.P. pour éviter la fatigue du travail chez une femme porteuse d'une maladie de Roger. Garçon vivant. Délivrance spontanée.

3. TUBERCULOSE PULMONAIRE

3 avortements thérapeutiques pour tuberculose pulmonaire (Obs. 125, 2916 bis, 3101).

Obs. 485: Accouchement normal à terme chez une femme ayant une tuberculose pulmonaire soignée et une tuberculose intestinale opérée.

Obs. 614, 915, 1216, 1848, 1900: Pneumothorax gauche. Accouchement normal à terme.

Obs. 698: Accouchement prématuré de 7 mois chez une femme de 22 ans ayant reçu un traitement par injections de Crysalbine à 17 ans.

Obs. 940: Poumon droit atteint. Accouchement prématuré à 8 mois 1/2.

Obs. 980: Femme ayant fait trois ans de préventorium. Accouchement normal.

Obs. 1299: Femme ayant fait dix-huit mois de préventorium. Accouchement normal.

Obs. 1415: Tuberculose pulmonaire. Accouchement près du terme, normal.

Obs. 1519: Lésions du poumon droit à 16 ans. Accouchement normal.

Obs. 1673, 2019, 2341 : Bacillaires. Accouchements normaux à terme.

Obs. 2373: Lésion du poumon droit. Accouchement prématuré à 8 mois 1/2.

Obs. 2443: Poumon droit légèrement voilé. Accouchement normal à terme.

Obs. 2503: Pleurésie séro-fibrineuse gauche. Accouchement prématuré à 7 mois 1/2.

Obs. 2505, 2851 : Bacillaires. Accouchements prématurés à 8 mois 1/2.

4. DIABÈTE

Obs. 1100 bis: Diabétique, II geste, une fausse-couche l'année précédente; 8 grammes de sucre; perte complète de la vue il y a cinq jours durant vingt-quatre heures. Avortement au terme de 4 mois.

5. PYÉLONÉPHRITE

10 OBSERVATIONS

Obs. 577: Forceps pour modification des bruits du cœur. Pyélonéphrite au 5^e mois.

Obs. 820: Pyélonéphrite aux 7^e et 8^e mois. Accouchement naturel à terme.

Obs. 1015: Pyélonéphrite pendant la grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois; fille vivante.

Obs. 1038 bis: Accouchement prématuré à 7 mois. Fille vivante.

Obs. 1794: Pyélonéphrite au 4^e mois. Accouchement normal au 8^e mois.

Obs. 1865: Pyélonéphrite au 4^e mois. Avortement bivitellin au 5^e mois.

Obs. 2041: Accouchement normal.

Obs. 2193: Pyélonéphrite depuis le 5^e mois. Accouchement prématuré à 8 mois 1/2.

Obs. 2723: Pyélonéphrite pendant la grossesse. Fièvre typhoïde au 3^e mois. Accouchement prématuré au 8^e mois. Fille vivante pesant 2.500 gr. Délivrance naturelle et complète.

Obs. 2880: Pyélonéphrite au 5^e mois; poussée bacillaire à 7 mois. Accouchement normal près du terme. Garçon vivant pesant 3.000 gr.

6. AUTRES AFFECTIONS

Obs. 10: Vaginite granuleuse. Accouchement normal à terme.

Obs. 359: Epilepsie. Accouchement normal.

Obs. 579: Rectocèle. Accouchement normal.

Obs. 580: Ulcération vulvaire. Accouchement prématuré au 8^e mois.

Obs. 626: Vaginite granuleuse.

Obs. 662: Métrite blennorragique. Accouchement prématuré à 8 mois 1/2.

Obs. 897: Hémiplégie gauche en 1930. Avortement thérapeutique.

Obs. 1179: Crises épileptiques.

Obs. 2076: Coliques néphrétiques et hypertension. Accouchement prématuré à 7 mois 1/2.

Obs. 2078: Leucorrhée abondante.

Obs. 2130: Salpingite depuis 1927.

Obs. 2131: Thyroïdectomie à 18 ans. Exophtalmie persistante.

Obs. 2168: Paludisme.

Obs. 2707: Grosses varices des membres inférieurs.

Obs. 2723: Fièvre typhoïde au 3^e mois. Accouchement prématuré.

Obs. 2777: Parkinson depuis 1922.

Obs. 2819: Pneumonie, pleurésie. Accouchement prématuré.

V. — COMPLICATIONS DE LA PARTURITION

I. — Viciations pelviennes

A. — BASSINS RACHITIQUES

16 CAS

Nous diviserons ces bassins en deux catégories:

1° Les bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est inférieur ou égal à 9 cm.: 3 cas.

Obs. 246: Accouchement prématuré au terme de 8 mois 1/2 chez une femme ayant un bassin généra-

lement rétréci, troisième geste. Garçon vivant pesant 2.880 gr. Délivrance naturelle et complète.

Obs. 292 : Césarienne basse pour B. G. R.

Obs. 3130 : Césarienne pour B. G. R. ; sacrum en hameçon.

2° les bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est supérieur à 9 cm. 5 : 25 cas.

Obs. 169 : Accouchement chez une primipare ayant un bassin généralement rétréci. P. S. P. : 10 cm. 2.

Obs. 290 : Accouchement spontané.

Obs. 483 : Bassin rétréci transversalement. Promontoire atteint à bout de doigt. Accouchement naturel spontané.

Obs. 412, 508 : Forceps dans bassin aplati.

Obs. 780 : Bassin légèrement rétréci. Accouchement normal.

Obs. 810 : Bassin généralement rétréci. Accouchement naturel près du terme.

Obs. 1190 : Bassin généralement rétréci. Accouchement à 8 mois 1/2.

Obs. 1555 : B. G. R. Forceps Tarnier pour lenteur de la période d'expulsion et forte antéversion.

Obs. 2004 : B. G. R. Siège. Abaissement des pieds pour accélération de la dilatation.

Obs. 2166 : Bassin rétréci et aplati. Forceps sur sommet mal fléchi.

Obs. 3085 : B. G. R. Accouchement normal à terme.

Obs. 3158 : B. G. R. Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Siège décompleté mode des fesses, relèvement des bras. Mauriceau difficile, enfant vivant pesant 2150 gr.

Parmi ces accouchements nous avons eu 2 fois une présentation du siège : Obs. 2004 et 3158 ; 4 applications de Forceps : Obs. 412, 508, 1555, 2166.

De plus, 9 fois on a fait une césarienne avant ou au début du travail pour B. G. R. (Obs. 356, 801, 837, 1525, 1771, 1912, 2650, 2862, 3013), dont les deux dernières itératives pour bassin aplati pur et bassin justo-minor.

Trois fois on a fait une césarienne au cours du travail (Obs : 317, 556, 700).

1 cas de symphyséotomie à la Zarate pour disproportion fœto-pelvienne (Obs. : 2491).

B. — BASSINS COXALGIQUES

Cinq observations : 287, 288, 443, 893, 3170.

Trois accouchements normaux à terme ; deux accouchements prématurés ; enfants vivants.

D. — BASSINS CYPHOTIQUES ET SCOLIOTIQUES

Obs. 1967 *bis*. Avortement thérapeutique de deux mois et demi pour cyphose.

Obs. 3013 : Césarienne basse itérative pour bassin G. R. chez une III^e pare rachitique présentant une cypho-scoliose dorso-lombaire.

2. — Anomalies de la dilatation

a) *Œdème du col* (Obs. 809, 834, 1647), nécessitant l'incision antérieure et postérieure du col. Forceps pour modification des bruits du cœur.

b) *Rétraction du col sur la tête dernière* (Obs. 1293, 2307, 2360).

3. — Latérocidence

Obs. 1577 : Application de forceps pour souffrance foetale et latérocidence du cordon.

Obs. 1975 : Forceps pour lenteur de la période d'expulsion, latérocidence et 2 circulaires.

4. — Procidence

a) *Procidence du cordon avec présentation du sommet*

Obs. 434 : Grande procidence à l'arrivée de la femme à la maternité. Enfant mort-né.

Obs. 700 : Procidence dans B. G. R. ; le cordon bat ; césarienne ; enfant vivant.

Obs. 770 : Procidence à la rupture spontanée des membranes, facilement réduite. Enfant vivant.

Obs. 1003 : Forceps pour procidence du cordon. Enfant mort-né.

b) *Procidence du cordon avec présentation du siège*

Obs. 828 : enfant vivant.

Obs. 1503 : à l'arrivée de la femme à la maternité, enfant mort-né.

c) *Procidence du cordon avec présentation de l'épaule*

Obs. 121 : enfant mort-né.

d) *Procidence des membres*

Obs. 158 : Procidence de la main dans une présentation du sommet, accouchement prématuré au terme de six mois.

Obs. 971 : Procidence d'un membre à la rupture des membranes.

Obs. 971 : Procidence d'un membre à la rupture des membranes.

5. — Rupture utérine

Obs. 58 : Présentation du front. Application de forceps.

Extraction impossible. Version par manœuvres internes. Grande extraction de siège, garçon n'ayant pu être ranimé. Délivrance naturelle et complète. L'exploration de la cavité utérine fait sentir une rupture du segment inférieur dans sa partie antérieure droite. Hystérectomie abdominale. Suites favorables.

Obs. 797 : Sommet, tentative de forceps, version podalique. Petite déchirure sous-péritonéale du segment inférieur. Hystérectomie.

Obs. 1293 : Présentation du siège, rétraction du col sur la tête dernière. Incision de la lèvre antérieure du col, extraction facile. Enfant mort pesant 1660 gr. Hémorragie. Délivrance artificielle. Hystérectomie sur constatation d'une rupture du segment inférieur à droite. Sérum : 500 cc. Suites favorables.

VI. — COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

Hémorragies

L'hémorragie s'est produite 35 fois entre l'expulsion du fœtus et celle du placenta, 30 fois après la délivrance.

a) *Hémorragies avant la délivrance*

Parmi ces hémorragies, 10 étaient de moyenne importance et n'ont pas nécessité la délivrance artificielle ; pour les autres il y avait soit des adhérences, soit un enchatonnement du placenta.

b) *Hémorragies après la délivrance*

Obs. 39, 126, 302, 334, 366, 384, 404, 418, 457, 496, 797, 805, 825, 854, 1221, 1253, 1599, 1618, 1803, 1846, 1863, 1897, 1943, 2025, 2482, 2491, 2498, 2702, 3103 *bis*, 3161.

La révision utérine a été pratiquée 11 fois (Obs. 126, 404, 418, 446, 797, 1221, 1253, 1599, 1807, 2482, 3103.

Injection d'ergotine et d'hypophyse : 14 fois.

Trois fois on a pratiqué une transfusion sanguine de 300 cc.

Hystérectomie (Obs. 2025) pour hémorragie continue après césarienne vaginale, massage utérin. Tamponnement. La femme meurt.

VII. — PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES

Dans 197 cas les suites de couches ont été fébriles et sont terminées par la guérison.

Parmi ces cas : 3 phlébites, 2 salpingites, 2 abcès du sein ; le reste se partage entre lymphangite et crevasses du sein.

VIII. — OPERATIONS

I. — Versions par manœuvres internes

NEUF OBSERVATIONS

Obs. 58, 121, 645, 797, 1219, 1371, 1697, 2307, 2835.

La version par manœuvres internes a été pratiquée : 1 fois pour présentation du front (Obs. 58).

Trois fois pour présentation de l'épaule (Obs. 121, 645, 1697).

Une fois après tentative de forceps pour modification des bruits du cœur (Obs. 797).

Deux fois dans un accouchement gémellaire pour présentation transverse du deuxième jumeau (Obs. 1219, 2307).

Une fois pour placenta prævia (Obs. 1371).

Une fois chez une VIII^e pare ayant présenté des crises d'éclampsie pendant sa grossesse et ayant de l'albumine dans ses urines, de l'œdème pubien, de la cyanose, une tension artérielle à 18-11. Tête dernière retenue au détroit supérieur. Basiotripsie. Obs. 2835.

Mortalité infantile : 4 cas (Obs. 121, 797, 1371, 2835).

2. — Incisions du col

HUIT OBSERVATIONS

Obs. : 36, 79, 181, 809, 1083, 1343, 1845, 2877.

Elle a été faite pour modification des bruits du cœur, 4 fois : Obs. 36, 181, 1343, 2877.

Pour basiotripsie, Obs. 79.

Pour œdème du col, Obs. 809.

Pour procidence du cordon, Obs. 1083.

Pour lenteur de la période d'expulsion et fatigue maternelle, Obs. 1845.

3. — Forceps

CENT VINGT-SIX OBSERVATIONS

Les applications de forceps n'ont été faites que sur des sommets.

Dans 4 cas l'application fut pratiquée à la partie haute de l'excavation (Obs. 404, 783, 1211, 1427).

Application de forceps sur le sommet profondément engagé : 119 cas que l'on eut répartir suivant l'indication en trois catégories :

a) *Souffrance fœtale* : Obs. 3, 63, 167, 181, 234, 240, 273, 314, 365, 418, 472, 533, 537, 576, 797, 802, 805, 836, 919, 958, 1205, 1343, 1581, 1617, 1635, 1643, 1680, 1898, 1934, 2087, 2122, 2211, 2219, 2236, 2284, 2330, 2367, 2395, 2445, 2463, 2484, 2644, 2667, 2808, 2863, 2946, 2976, 2981, 2986, 3019.

b) *Etat pathologique de la mère* :

Obs. : 33, 309 : rétrécissement aortique.

Obs. 1665 : rétrécissement mitral.

Obs. 1863, 2693 : éclampsie.

Obs. 2998 : maladie de Roger.

c) *Défaut de progression de la tête fœtale* :

Obs. : 1, 9, 36, 110, 115, 136, 236, 305, 324, 383, 412, 415, 467, 508, 557, 560, 660, 678, 867, 923, 939, 1067,

1102, 1108, 1181, 1189, 1223, 1244, 1253, 1381, 1445, 1450, 1497, 1570, 1576, 2183, 2292, 2327, 2354, 2372, 2407, 2420, 2450, 2470, 2482, 2519, 1551, 2586, 2600, 2601, 2635, 2676, 2689, 2696, 2752, 2783, 2961, 2999, 3045, 3061, 3099.

Trois fois il s'agissait de dystocie du bassin, Obs. 412, 508, 2139.

L'application a été précédée 9 fois par une incision du col, Obs. : 797, 805, 809, 1570, 1617, 1643, 1665, 1845, 2445.

Application de forceps sur la face, 2 fois (Obs. 1807, 2061).

Application de forceps sur le front : 1 fois, Obs. 691.

Mortalité infantile : 5 cas.

4. — Embryotomies

9 OBSERVATIONS

Embryotomie céphalique : 4 cas.

Obs. 2 : Basiotripsie sur tête première à la partie moyenne de l'excavation. La femme ne sentait plus l'enfant remuer depuis dix jours. Au toucher on sent un enfoncement du pariétal droit. Extraction d'un fœtus mort et macéré pesant 3080 gr. de sexe masculin présentant des circulaires autour du cou et de l'épaule gauche. Délivrance artificielle pour non décollement du placenta.

Obs. 79 : Basiotripsie pour mort du fœtus et infection amniotique. La césarienne étant contre indiquée, on pose des laminaires et un ballon. Incision de la

lèvre antérieure du col. Basiotripsie sur sommet en OIGA. Fille pesant 2660 gr. sans la matière cérébrale. Délivrance artificielle, révision utérine.

Obs. 2360 : Basiotripsie difficile sur tête retenue dernière après une grande extraction de siège. Garçon pesant 3280 gr. Délivrance naturelle et complète. Vérification utérine : petite déchirure latérale gauche du col ; suture au catgut.

Obs. 2835 : Basiotripsie sur tête dernière retenue au détroit supérieur après version podalique chez une femme ayant présenté une crise d'éclampsie pendant sa grossesse : albumine dans ses urines, cyanose. Fille pesant 5600 gr. Déchirure du col à gauche. Délivrance artificielle. Tamponnement.

Embryotomie rachidienne : 1 cas.

Obs. 1565 *ter* : Embryotomie sur enfant mort, au terme de six mois environ. Siège complet. Œuf ouvert depuis quarante-huit heures. Cordon desséché procident à la vulve depuis 30 heures. Col dilatable à 2 francs. Température: 39°6. Poids des débris fœtaux: 1250 gr. Délivrance artificielle.

5. — Opérations césariennes pratiquées avant ou au début du travail

Obs. 292 : Césarienne basse pour bassin G. R. ; disproportion fœto-pelvienne évidente. Extraction au forceps d'une fille vivante pesant 3350 gr. Délivrance immédiate pesant 730 gr.

Obs. 801 : Césarienne basse pour bassin G. R. Promonto--rétro-pubien 8 cm. 5. Extraction d'une fille vivante.

Obs. 837 : Césarienne basse sous anesthésie au Schleich pour bassin G. R. et aplati du côté droit. Fille vivante.

Obs. 1222 : Césarienne basse sous anesthésie au Schleich pour B. G. R. Fille vivante.

Obs. 1402 : Césarienne basse pour placenta recouvrant inséré presque totalement sur la face postérieure de l'utérus, recouvrant le col et remontant à 5 cm. sur le segment inférieur. Enfant n'ayant pu être ranimé. Femme choquée. 2 transfusions.

Obs. 1435 : Césarienne basse pour B. G. R. Fille vivante.

Obs. 1509 : Césarienne supra-symphysaire pour placenta proevia, forme recouvrante. Extraction d'un garçon ranimé rapidement et pesant 2200 gr.

Obs. 1525 : Césarienne basse pour B. G. R. Garçon vivant.

Obs. 1618 : Césarienne basse pour présentation du siège et bassin limité. Garçon vivant. Après l'opération la femme fait une hémorragie par inertie utérine. Hypophyse, sérum.

Obs. 1620 : Césarienne basse sur B. G. R. Utérus malformé (antéversion et utérus unicorne); segment inférieur saignant beaucoup. Extraction d'un garçon vivant. Hémorragie par inertie. Suture utérine en deux plans, surjet vésico-utérin après fixation de la vessie à la partie supérieure de l'incision.

Obs. 1771 : Césarienne abdominale haute pour présentation transversale et absence de segment inférieur, extrême antéverson et étroitesse du bassin. Enucléation de deux fibromes pédiculés.

Obs. 1813 : Césarienne basse pour malformation, cloison vaginale.

Obs. 1912 : Césarienne basse pour B. G. R.

Obs. 2318 : Césarienne supra-symphysaire chez une primipare pour bassin aplati transversalement. Promonto-pubien minimum : 9 cm.

Obs. 2336 : Césarienne corporeale pour fracture et consolidation vicieuse des os du bassin.

Obs. 2650 : Césarienne basse pour B. G. R.

Obs. 2862 : Césarienne itérative pour bassin aplati pur.

Obs. 3013 : Césarienne basse itérative pour B. G. R. chez une III^e pare rachitique présentant une cyphoscoliose dorso-lombaire. Double ligature des trompes après écrasement.

6. — Césariennes pratiquées au cours du travail

Obs. 248 : Césarienne pour présentation de l'épaule, malformation utérine et B. G. R.

Obs. 317 : Césarienne basse après épreuve du travail dans un bassin aplati et G. R. Garçon vivant.

Obs. 356, 566 : Césarienne basse pour B.G.R. Fille vivante.

Obs. 700 : Césarienne basse rapide, procidence du cordon, qui bat, bassin G.R. Extraction d'un garçon vivant.

Obs. 719 : Césarienne basse pour B. G. R. avec tête non engagée débordant.

Obs. 3130 : Césarienne basse pour B. G. R. sacrum en hameçon.

7. — Césariennes suivies d'hystérectomie

Obs. 197 : Césarienne suivie d'hystérectomie pour placenta prævia chez IV^e pare ; extraction d'un garçon né étonné, ranimé au bout de quinze minutes de soins habituels.

Obs. 2025 : Césarienne vaginale pour placenta prævia avec hémorragie abondante. Forceps. Extraction difficile. Fille vivante. Grosse hémorragie. Transfusion. La femme continuant à saigner malgré un tamponnement et un massage continu de l'utérus, une hystérectomie est décidée.

Obs. 2312 : Césarienne pour fibrome prævia. Une myomectomie d'un fibrome gros comme le poing est jugée impossible, on fait une hystérectomie subtotale.

8. — Césariennes vaginales

Obs. 788 : Femme se présentant à l'hôpital avec une poche des eaux rompue depuis trente-six heures. La dilatation n'avance pas. Les bruits du cœur sont faibles et ralentis. Césarienne vaginale. Enfant vivant ranimé après vingt minutes de soins. D. A.

Obs. 1023 *bis* : Infection amniotique par manœuvres utérines chez une primipare de 17 ans, enceinte de quatre mois. Col très dur se dilatant péniblement.

Césarienne vaginale. Extraction à la pince de Museux et à la pince de Bonnaire d'un fœtus putréfié qui vient par lambeaux.

Obs. 1095 : Césarienne vaginale pour placenta prævia. Fille vivante.

Obs. 1232 : Césarienne vaginale pour sclérose du col. Forceps.

Obs. 2025 : Césarienne vaginale pour placenta prævia avec hémorragie abondante. Hystérectomie.

9. — Délivrance artificielle

QUARANTE-CINQ OBSERVATIONS

La délivrance artificielle a été pratiquée après accouchement spontané :

Dix-huit fois pour non décollement du placenta au bout de deux heures.

Obs. : 314, 315, 576, 1027, 1187, 1349, 1383, 1427, 1533 *bis*, 2055, 2185 *bis*, 2186, 2218, 2233, 2280, 2886, 2891, 3188.

Seize fois pour hémorragie : Obs. 4, 392, 1351, 1436, 1460, 1492, 2072, 2208, 2242, 2278, 2349, 2353, 2388, 2460, 2498, 2534.

Elle a été pratiquée après accouchement artificiel (les césariennes non comprises) :

Quatre fois systématiquement (Obs. 1414, 1570, 1576, 2211).

Sept fois pour hémorragie (Obs. 560, 1189, 1223, 1244, 1863, 2463, 2470).

10. — Révision utérine

Cette opération a été pratiquée :

Sept fois parce que l'intégrité du placenta n'était pas certaine (Obs. 879, 1652, 2143, 2210, 2326, 2355, 2419).

Huit fois pour hémorragie après la délivrance (Obs. 415, 418, 1253, 1414, 1803, 1896, 1951, 2234).

IX. — PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NE

Malformations fœtales

TRENTE OBSERVATIONS

Obs. 287 : Accouchement prématuré au terme de huit mois: pieds bots varus.

Obs. 360 : Gros foie, abdomen très volumineux, malformation au niveau du cou. Mort-né.

Obs. 574 : Main droite atrophiée. Syndactylie médus annulaire.

Obs. 621 : Amputation de la jambe gauche au-dessus du genou, absence de verge, pied bot varus droit, absence de testicules dans les bourses et hydrocèle. Mort-né.

Obs. 633 : Bec de lièvre, accouchement prématuré au septième mois.

Obs. 645 : Hydrocéphale, accouchement prématuré au huitième mois.

Obs. 691 : Bec de lièvre et perforation de la voûte palatine.

Obs. 729 : Polydactylie, 6^e doigt à chaque main.

Obs. 887 : Thorax en carène.

Obs. 992 : Incisive médiane inférieure.

Obs. 1040 : Pied talus valgus.

Obs. 1167 : Spina bifida.

Obs. 1354 : Bec de lièvre.

Obs. 1402 : Malformation de la verge. Léger épispadias.

Obs. 1436 : Phymosis.

Obs. 1564 : Pieds bots.

Obs. 1673 : Absence congénitale de la main et du poignet droits ; mère tuberculeuse.

Obs. 1839 : Absence des globes oculaires.

Obs. 2009 : Léger degré de phymosis.

Obs. 2214 : Abdomen volumineux ; purpura généralisé.

Obs. 2279 : Epispadias.

Obs. 2337 : Anencéphale. Fille.

Obs. 2381 : Pemphigus palmo-plantaire confluent et syphilides.

Obs. 2498 : Hernie diaphragmatique droite. Mort-né.

Obs. 2532 : Au membre supérieur droit absence de radius, de carpe et de pouce ; à gauche main bote ; membres inférieurs : talus varus bilatéral ; imperfection anale ; absence de verge et de méat. Accouchement prématuré au septième mois. Enfant mort-né.

Obs. 2621 : Phymosis.

Obs. 2673 : Hernie diaphragmatique.

Obs. 2999 : Paralysie faciale gauche.

Obs. 3038 : Pied bot talus valgus droit.

Obs. 3043 *bis* : Accouchement prématuré à six mois et demi. Enfant asexué, type sirène, sans membres inférieurs et sans anus ; main gauche présentant 2 pouces séparés, 2 métacarpiens réunis ; atrophie de l'oreille gauche ; fontanelle brégmatique large.

Obs. 3076 : Fœtus compressus, sexe féminin, pesant 70 gr., accouchement gémellaire univitellin à terme.

X. — MORTALITE

Mortalité fœtale :

Fœtus morts à partir de la viabilité jusqu'au neuvième mois : 38.

Mortinatalité : 69.

Mortalité infantile pendant les dix premiers jours : 69.

Mortalité maternelle : 5.

CONSULTATIONS DES NOURRISSONS

Ces consultations se distinguent des consultations pour nourrissons ou enfants malades faites dans les services hospitaliers. Elles sont au contraire faites pour des nourrissons sains. Ce sont des consultations de puériculture et non de pédiatrie. C'est la consultation type Budin.

Leur but est d'aider la mère dont le service s'est déjà occupé pendant la période prénatale et a assuré les bonnes conditions de venue au monde à l'enfant. C'est une « Ecole des Mères ».

Il y a donc là une différence essentielle de rôle médical. De plus la consultation a dans son programme d'aider matériellement les mères plus ou moins nécessiteuses par une organisation sociale qui complète heureusement la partie médicale de son œuvre.

Comment est organisé cette consultation ? La salle d'attente est boxée ; il ne peut y avoir contagion, ou du moins très peu, car la contagion par contact direct est infiniment plus fréquente que la contagion indirecte.

Il n'est pas besoin d'insister longuement sur la nécessité de visites médicales régulières qui ont un double but : surveiller la santé et donner des conseils pour l'alimentation.

La consultation fournit une balance pour des pesées régulières et régulièrement inscrites ; le médecin s'il est nécessaire estime d'après les signes extérieurs : teint, musculature, squelette, dentition, d'après le fonctionnement du tube digestif, d'après le comportement psychophysiologique (cris, vivacité, régularité du sommeil) la santé du nourrisson et dépiste aussi pour les faire disparaître aussitôt par une thérapeutique bénigne et efficace les premiers signes de moins bonne venue.

D'autre part, les directives alimentaires sont indispensables pour aider les mères, ignorantes le plus souvent malgré leur bonne volonté : indication du nombre des tétées, de l'horaire, de la durée des tétées ; conseils pour le régime et l'hygiène des nourrices ; composition des biberons si l'on est obligé de recourir à l'allaitement artificiel ; choix du lait (frais, condensé, sec, gras, demi-gras), et suivant les résultats obtenus, indication de l'ablactation, du sevrage et surveillance spéciale à cette époque délicate ; régimes successifs aux différents âges, suivant des règles générales et suivant aussi des tolérances individuelles.

C'est la seule façon d'éviter la gastro-entérite qui fait mourir tant d'enfants.

Si les nourrissons sont surveillés, ils sont également soignés à la consultation. Du fait du régime, les troubles digestifs cèdent très vite ; quelques accidents respiratoires : rhumes, pharyngites, angines, bronchites cèdent à quelques enveloppements sinapisés

que les mères ont déjà pratiqués avant la consultation.

Les hernies ombilicales, inguinales, les mammites, les vulvites, les adénopathies sont dépistées, ainsi que les affections cutanées très fréquentes : érythème fessier, eczéma, impetigo du cuir chevelu ; le tout ne compromettant pas gravement l'équilibre du bébé.

Enfin d'autres enfants sont adressés aux spécialistes. La consultation est alors un centre de triage, ce qui lui donne un grand intérêt non seulement curatif, mais aussi prophylactique, car bien souvent les nourrissons envoyés au spécialiste sont encore à un stade curable à peine pathologique, et ce dépistage précoce a une heureuse influence sur la mortalité.

Pour la syphilis les nourrissons sont examinés dès leur naissance à ce sujet, lorsque les circonstances de l'accouchement (gémellité univitelline, gros placenta, excès de liquide amniotique, hydrocéphalie), les antécédents héréditaires ou collatéraux, des symptômes pathologiques ont donné des présomptions, et sont envoyés d'emblée à la consultation de syphiligraphie du service où la mère a pu être traitée pendant sa grossesse.

D'autres nourrissons sont envoyés au syphiligraphie parce qu'il n'y a pas chez eux de signes de syphilis, mais parce que certains accidents permettent de soupçonner cette affection.

Pour la tuberculose les nourrissons sont dirigés sur les hôpitaux d'enfants, mais par le service social.

Les rachitiques ne sont pas très nombreux à la

consultation, probablement à cause de l'allaitement au sein, des préparations calciques, et des médicaments vitaminés qui sont distribués à titre préventif.

La consultation est en relation avec les hôpitaux d'enfants malades où l'on adresse ceux qui ne peuvent être soignés efficacement par les mères et les seuls conseils de la consultation. Ainsi elle joue à l'égard des nourrissons qu'elle envoie aux spécialistes un rôle médical de triage et de prophylaxie, et chaque fois que les conditions familiales l'exigent, un rôle social d'assistance soit directe soit indirecte.

Ces consultations ont aussi un grand intérêt pour l'éducation de tous. C'est en les suivant que nous nous sommes initiés à l'hygiène alimentaire des nourrissons qui est une chose capitale. N'a-t-on pas dit, non sans raison, que le nourrisson n'était guère qu'un tube digestif. De même toutes les personnes qui y assistent apprennent à donner des soins aux enfants. Les écarts de régime seront ainsi évités, les enfants seront plus résistants, et nous aurons la satisfaction de sauver parmi nos semblables ceux qui sont les plus fragiles mais qui ne nous sont pas les moins chers, les tout jeunes enfants.

Les consultations sont données très nombreuses ; en 1937, nous comptons 12.289 consultations données à 1.175 enfants en 303 séances.

ENSEIGNEMENT

Les étudiants reçoivent dans le Service de M. le Docteur Devraigne un enseignement théorique et pratique.

Pendant le semestre d'hiver une série de 10 leçons les réunit une fois par semaine le jeudi à l'amphithéâtre.

Aux étudiants se joignent les instituteurs et institutrices de la Fondation Léopold Bellan.

Pendant le semestre d'été a lieu une seconde série de cours auxquels assistent de nombreuses jeunes filles appartenant à divers groupements tels que : Croix-Rouge, E.F.F., U.F.F.

Au mois de mars et au mois d'avril, M. Devraigne fait 2 séries de leçons à des élèves des cours supérieurs et des cours complémentaires, et à des élèves des écoles communales de Paris : 2 leçons théoriques sont faites aux enfants de 10 à 12 ans, et 3 leçons aux élèves de 13 à 16 ans. Ces jeunes filles sont conduites par leur directrice ou institutrice.

Ces cours sont suivis d'exercices pratiques de deshabillage, lavage et habillage du nouveau-né.

Chacune de ces séries de leçons se termine par la projection de 3 films d'hygiène sociale :

1° *La Future Maman ;*

2° *Il était une fois trois amis ;*

3° *Le Voile Sacré,*

dont l'auteur est notre Maître Monsieur Devraigne.

Tous les lundis, mardis, mercredis et samedis a lieu la visite générale du service pendant laquelle une leçon clinique est donnée au lit du malade, soit dans les salles de suites de couches, soit à la salle de travail où les étudiants se familiarisent avec la pratique obstétricale et où l'examen des placentas est minutieusement fait, soit au dortoir, où se pratique la « puériculture intra-utérine » préconisée par le Professeur Pinard, et démontrant comment on peut éviter les accouchements prématurés et leurs conséquences.

LE SERVICE SOCIAL

Nous donnerons une statistique pour l'année 1937 et nous la comparerons ensuite à l'année 1936.

1181 cas inscrits : 658 femmes, 523 nourrissons.

4332 visites à domicile.

309 lettres écrites.

102 convocations.

8 réunions d'œuvres.

68 femmes dirigées sur des Cantines Maternelles.

1397 femmes enceintes non prises en charge par le S. S. H. signalées à d'autres organisations.

2547 enfants dirigés sur des consultations de nourrissons, dont 601 dirigés sur la consultation de la maternité, dont 134 suivis par le S. S. H.

402 dirigés sur la consultation du Secteur ;

1544 adressés à des consultations en dehors du secteur.

Placements : 2 placements d'adultes.

201 placements de femmes : 57 avant leurs couches, 8 à l'hôpital, 49 aux refuges ; 144 après leurs couches, 7 à l'hôpital, 137 en convalescence.

3 placements d'enfants : 2 colonies de vacances, 1 divers.

38 placements de nourrissons : 25 à l'hôpital, 2 crèches, 5 pouponnières, 5 centre d'élevage, 1 nourrice privée.

Signalements :

6259 signalements O. P. M. E. : 5972 Seine ; 289 Seine-et-Oise.

103 signalements fichier central.

64 signalements dispensaire O. P. H. S.

64 dépistages suivis d'un résultat positif : 41 tuberculoses, 21 syphilis.

Résultats :

2 mises en nourrice conjurées.

5 consultations juridiques.

4 améliorations du logement.

2 demi-tarifs.

Secours : il a été distribué :

122 layettes, 17 berceaux, 1 lit, 1 voiture d'enfant, 4 épiceries.

Il a été reçu 3.175 francs en espèces.

394 demandes de secours faites pour l'A. P.

Liaisons: 42 malades aiguillées sur des services médicaux.

177 liaisons avec les services sociaux du S. S. H.

140 liaisons avec d'autres services sociaux.

Statistique

	1936	1937	
Cas inscrits	1267	1181	— 86
Visites à domicile	3757	4332	+ 575
Enquêtes A. P. et Lois Strauss ..	411	393	— 17
Démarches	43	52	+ 9
Placements de femmes	126	201	+ 5
Avant couches	57	57	
Après couches	137	144	+ 7
Pour travailler	2		
Femmes dirigées sur Cantines			
Maternelles	68	68	
Enfants dirigés sur consultations			
de nourrissons	2586	2547	— 39
Placements d'enfants	3	3	
Placements de nourrissons	29	38	+ 9
Régularisations de dossiers	15		
Consultations juridiques	1	5	+ 4
Amélioration du logement	1	4	+ 3
Mises en nourrice conjurées		2	
Secours en espèces	1520	3175	+ 1655
Signalement O. P. M. E. S.	5790	6259	+ 469
Signalement O. P. H. S.	55	64	+ 8
Signalement fichier central	105	102	— 3
Dépistages	53	62	+ 9
Malades dirigés sur services			
médicaux	29	42	+ 13
Liaisons avec services sociaux			
S. S. H.	140	177	+ 37
Liaisons avec autres services			
sociaux	80	140	+ 60

CONCLUSIONS

La Maternité de Lariboisière est un Institut Moderne de Puériculture, celle-ci étant comprise dans le sens large défini par le Professeur PINARD.

Cet Institut comprend :

I. — Une consultation contre la stérilité conjugale réservée aux ménages stériles involontaires.

II. — Une consultation pour les affections gynécologiques.

III. — Une consultation pour le traitement familial de la syphilis, centre de prophylaxie et de lutte anti-syphilitiques comme l'a réalisé Monsieur le Professeur COUVELAIRE à la Clinique Baudelocque dès 1919.

IV. — Une consultation de femmes en état de gestation où l'on surveille et soigne les femmes enceintes, ce qui diminue considérablement la dystocie et la mortinatalité.

V. — Un dortoir où l'on garde les femmes enceintes pathologiques ou ayant un bassin vicié. Un service d'accouchement proprement dit en chambres séparées.

et un service de suites de couches aseptiques et septiques, le tout comprenant 170 lits.

VI. — Six consultations de nourrissons qui sont un rouage essentiel de la protection sociale de la première enfance car, « il ne suffit pas de mettre des enfants au monde, il faut les conserver ».

VII. — Des cours aux étudiants, aux sages-femmes, aux élèves des Croix-Rouge, aux élèves des Ecoles Supérieures et des Cours complémentaires.

VIII. — Un service d'Assistance Sociale en liaison avec les dispensaires d'hygiène et les œuvres publiques et privées.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

